

douleur mesurée sur échelle numérique (EN :0-à-10) a diminué, passant de 2,48 à 1,64 ($p = 1,02E-17$). À distance, bien que le niveau douloureux soit inférieur à la valeur initiale sur l'EN, la différence n'est plus significative mais 45 % estiment, tout-de-même, que la douleur s'est améliorée de plus de 50 % et 33 % d'entre eux évaluent cette amélioration > 75 %. Les crises douloureuses ont diminué pour 58 %, voire disparu pour 30 % des patients. Parmi ceux consommant régulièrement des antalgiques, au moment de l'inclusion, 81 % d'entre eux estiment avoir réduit leur consommation.

Il existe une réduction significative du score de Québec, passant de 25,5 au début du stage à 14 à distance ($p = 0,0009$). Quatre-vingt-huit pour cent de la population estiment « mieux gérer le mal-au-dos » et 79 % des patients évaluent leur satisfaction du programme effectué > 75 % (échelle de 0 à 100). À distance, la satisfaction globale des patients semble corrélée au pourcentage d'amélioration de la douleur et inversement corrélée au score final d'incapacité de Québec.

Discussion-Conclusion.— Ce travail tend à montrer qu'un programme d'École-du-dos chez le lombalgique chronique en activité professionnelle semble améliorer les capacités fonctionnelles et la consommation médicamenteuse. La satisfaction des patients pourrait constituer un reflet indirect du bénéfice fonctionnel obtenu.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.827>

P108-f

Cervicalgies révélant un syndrome d'Eagle. À propos d'un cas

E.H. Kassimi^{a,*}, Y. Abdelfettah^a, A. Khadir^a, M. Elbouchikhi^a,
F. Lmidmani^a, A. Elfatimi^a, A. Benlamkadem^b, M. Kadiri^b

^aService de médecine physique et de réadaptation fonctionnelle, hôpital Ibn Rochd CHU Ibn Rochd, 1, quartier des Hôpitaux, 20100 Casablanca, Maroc

^bService ORL Hôpital 20 août CHU Ibn Rochd Casablanca

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : kassimi24@hotmail.com

Mots clés : Styloïde ; Eagle ; Traitement

Introduction.— Le syndrome de Eagle appelé également élongation du processus styloïde est une entité radio-clinique caractérisée par une ossification du ligament stylo-hyoïdien qui peut se manifester par des signes cliniques en rapport avec la compression de structures vasculo-nerveuses de voisinage. C'est une cause fréquente de cervicalgie et de douleur cranio-faciale.

L'objectif de ce travail est de mettre le point sur cette entité radio clinique peu connue à travers un cas avec revue de la littérature.

Observation.— Patient âgé de 37 ans qui consulte pour des cervicalgies gauches évoluant depuis neuf mois, de plus en plus fréquentes et intenses, exacerbées lors de l'hypertension de la tête et des mouvements brusques. Il se plaignait également de douleurs pharyngées lors de la mastication. L'examen clinique montrait un comblement bilatéral des fossettes tonsillaires et la palpation des apophyses styloïdes reproduisait la douleur. Un bilan radiologique comportant une radiographie panoramique et un scanner cervical a permis de confirmer le diagnostic de syndrome de Eagle. Le patient a refusé d'être opéré. Une infiltration a été réalisée suivie d'une rééducation à visée antalgique et posturale, avec résolution partielle, mais satisfaisante, de la symptomatologie.

Discussion.— Le syndrome de Eagle se caractérise par une grande variabilité sémiologique, d'où l'impossibilité de dégager un tableau clinique caractéristique. L'exploration radiologique standard confirme généralement le diagnostic suspecté cliniquement. L'IRM, par ses coupes multi-planaires, représente un examen de choix essentiellement en cas de conflit vasculo-nerveux.

Le traitement est chirurgical, basé sur la résection du processus calcifié et la libération des structures vasculo-nerveuses comprimées. Les infiltrations de corticoïdes pourront être instaurées chez les patients peu gênés cliniquement ou qui refusent l'opération. La rééducation constitue un complément indiscutable dans ces deux volets thérapeutiques.

Conclusion.— Cette entité assez fréquente mais peu connue, pose un problème de diagnostic différentiel avec de nombreuses pathologies ORL et maxillo-faciales. L'examen clinique minutieux et l'analyse radiologique permettent d'évoquer le diagnostic.

Pour en savoir plus

Oueslati .S et al. Le syndrome de Eagle. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2006;123:152-6.

Baugh RF, Stocks RM. Eagle's syndrome: a reappraisal. *Ear Nose Throat J* 1993;72:341-4.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.828>

P109-f

Évolution radiologique de la lordose lombaire de 78 patients avec scoliose lombaire ou thoraco-lombaire évolutive, avec un suivi de 25 ans à l'âge adulte

A. Ouine

Fondation HOPALE, centre Calvé, 74, Esplanade Parmentier, 62600 Berck-Sur-Mer, France

Adresse e-mail : aouine@hopale.com

Mots clés : Scoliose évolutive ; Scoliose dégénérative ; Lordose lombaire

Objectifs.— Les modalités évolutives des scolioses à l'âge adulte sont connues, mais au travers de l'évolution de l'angle de Cobb frontal. Étude de l'histoire naturelle et de l'évolution radiologique de la lordose lombaire à l'âge adulte de patients avec scoliose lombaire ou thoraco-lombaire. Recherche de facteurs influant sur l'évolution sagittale lombaire.

Patients, matériel et méthode.— Soixante-dix-huit patients. Suivi moyen pendant 25 ans (âge moyen de début de suivi = 40 ans et âge moyen de fin de suivi à 65 ans). 96 % de femmes.

Critères d'exclusion.— Scoliose thoracique, symptomatique, neurologique, camptocormie, canal lombaire rétréci, antécédents de chirurgie rachidienne.

Type de scoliose.— Idiopathique adulte (35 %), dégénératives (65 %), dont 13 % de novo.

Topographie.— Lombaire (76 %), thoraco-lombaire (19 %), lombaire et thoraco-lombaire (5 %).

Suivi avec radiographie de face et profil debout, pendant une période supérieure à 10 ans. Analyse de 702 radiographies (moyenne de 9 par patients).

Résultats.— Trois modalités évolutives :

- la scoliose augmente (Cobb frontal) et la lordose lombaire diminue, avec pour certains patients une exacte concordance entre l'augmentation du Cobb frontal et la diminution de l'angle de lordose lombaire ;

- la scoliose augmente et la lordose lombaire reste stable ;

- la scoliose augmente et la lordose lombaire augmente.

Discussion.— L'évolution de la lordose lombaire au cours de l'évolution de la scoliose à l'âge adulte semble sous l'influence de :

- la localisation de la scoliose et la topographie de son sommet : les scolioses lombaires basses (sommet inférieur à L2) ont une évolution caractérisée par une perte progressive de la lordose (avec une corrélation $r = -0,64$ et $p < 0,001$ entre Cobb frontal et lordose lombaire). Les scolioses thoraco-lombaires et lombaires supérieures sont davantage associées à une stabilité voire une accentuation de la lordose ;

- l'état anatomique des disques lombaires et particulièrement L5/S1 ; les lésions dégénératives favorisent la perte de lordose lombaire (particulièrement observées dans les scolioses dégénératives).

Le comportement lombaire sagittal est à prendre en considération dans l'analyse de l'évolution de la scoliose : contraintes mécaniques, douleurs, stratégie thérapeutique.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.829>

Posters

English version

P107-e

Back school teaching program: Our experience

L. Savalli^{a,*}, M.I. Hernandez-Sendin^b, P. Le Gac de Lansalut^c,
M. Bégué^c

^aClinique de médecine physique et de réadaptation Marientia, avenue de Navarre, 64250 Cambo-les-Bains, France

^bHospital Comarcal del Bidasoa- Hondarribia Guipuzcoa (Espagne)

^cClinique de Médecine Physique et de Réadaptation Marientia